

State of California
Department of Social Services

Noa Msg Doc No.: TEMP M40-107a Page 1 of 2
Action : Other
Issue: CalWORKs 60-Month Time Limit
Title: Time On Aid (no previous NOA issued)

Auto ID No.:
Source :
Issued by :
Reg Cite : 40-107.141

Use Form No. : NA 530
Original Date : 03-01-02
Revision Date : 07-01-02

MESSAGE:

Kể từ ngày _____, Ty Xã Hội Hạt đã quyết định là quý vị, _____ đã dùng tổng cộng là _____ tháng trong hạn kỳ 60 tháng của trợ cấp tiền mặt thuộc chương trình CalWORKs (chương trình của California tạo cơ hội về việc làm và trách nhiệm đối với con em) dành cho suốt đời của quý vị.

Sau đây là lý do:

Quý vị đã nhận trợ cấp của chương trình CalWORKs:

từ _____ đến _____ = _____ tháng.

Tổng số sơ khởi: _____ = _____ tháng.

Những tháng không tính vào chương trình. - _____ tháng.

Tổng cộng số tháng đã dùng: _____ tháng.

Nếu quý vị được miễn, một số tháng đã không tính vào hạn kỳ 60 tháng của chương trình CalWORKs. Những tháng này được liệt kê trên trang kế tiếp.

- Bản liệt kê trên trang kế tiếp bao gồm những tháng được miễn do việc thu tiền cấp dưỡng cho con. (Những) trang cuối cho biết cách tiền cấp dưỡng cho con đã được áp dụng vào (những) tháng được miễn ra sao.
- Quý vị cũng có thể có những tháng được miễn do việc thu tiền cấp dưỡng cho con. Nếu có, những tháng này sẽ được bao gồm trong thông báo kế tiếp gửi đến quý vị.
- Không có trẻ em nào trong đơn vị nhận trợ cấp của quý vị (AU) đã nhận được tiền cấp dưỡng cho con.

_____ tháng sau đây dã không kể vào hạn kỳ 60 tháng của chương trình CalWORKs của quý vị:

Năm _____ - Tháng Giêng Hai Ba Tư Năm Sáu Bảy Tám Chín Mười Mười Một Mười Hai
Năm _____ - Tháng Giêng Hai Ba Tư Năm Sáu Bảy Tám Chín Mười Mười Một Mười Hai
Năm _____ - Tháng Giêng Hai Ba Tư Năm Sáu Bảy Tám Chín Mười Mười Một Mười Hai
Năm _____ - Tháng Giêng Hai Ba Tư Năm Sáu Bảy Tám Chín Mười Mười Một Mười Hai
Năm _____ - Tháng Giêng Hai Ba Tư Năm Sáu Bảy Tám Chín Mười Mười Một Mười Hai

Quý vị có thể hội đủ điều kiện để nhận trợ cấp cho thêm _____ tháng nữa.

INSTRUCTIONS: Use when no previous time on aid NOA was issued to inform an adult recipient of the total number of months that s/he received aid. This TEMP NOA should be used for those recipients who have received aid for more than 12 months.

Complete the following:

- Date of notification.
- Name of the adult recipient.
- Total number of months of aid used, (i.e. counted toward the time limit.)
- Period(s) of time the family was eligible to receive aid (excludes the period of discontinuance and suspense months, but includes zero basic grant (ZBG) months.)
- Number of months that did not count toward the time limit (i.e. exemptions, ZBG months, and sanctioned months.)
- The year and months that did not count on page two.
- Remaining number of months.